



**KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
İMLANT CERRAHİSİ
HASTA ONAM FORMU**



Kodu: HHD.FR.05.03

Yayın Tarihi: 01.11.2018

Revizyon Tarihi:

Revizyon No:

Sayfa No/Sayfa sayısı:1/1

Sayın hasta / vekili yasal temsilcisi;

Yapılan teşhis ve tedavi planına göre size / refakatinizdeki kişiye cerrahi tedavi gerekmektedir. Bu form size uygulanacak olan tedavileri açıklamaktadır. Uygulanacak olan tedavi ve işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır. Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker ve kan hastalığı, tansiyon, guatr, epilepsi vb.), bulaşıcı bir hastalığı (hepatit, aids gibi), kemoterapi ve radyoterapi görüyorsa, hamile veya hamilelik şüphesi varsa, astım ve herhangi bir ilaca karşı alerjisi bulunuyorsa, varsa kullandığı ilaçları hekimimle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir. Kullanılacak dental materyallerin alerjik reaksiyonlara neden olabileceği unutulmamalıdır. Sizde mevcut olan bir sistemik hastalık durumunda ya da bir hastalığa bağlı olarak kullandığımız herhangi bir ilacın yapılacak olan cerrahi tedaviyi engellemesi yada olumsuz olarak etkilemesi durumunda sizden ilgili hastalık ve ilaç kullanımı için ilgili doktorunuzdan konsültasyon istenebilir. Her aşamada elde edilen bilgiler sizinle paylaşılacak ve sağlıklı bir ağız yapısına sahip olmanız için gerekli önlemler konusunda bilgilendirileceksiniz. Kliniğimizde uygulanacak cerrahi tedaviler hakkında aşağıdaki açıklamaları okuyunuz.

BİLGİLENDİRME:

Lokal Anestezi

Uygulanacak

İnsan vücudunda his iletimi yapan sinirlerin, belirli bir bölgesinin, anestetik maddelerle (lidokain, mepivikain vb.) geçici süre iletim yapılmasını engellenmesidir. Diş hekimliğinde kullanılan lokal anestezi sonucu oluşan his kaybı süresi; kullanılan anestetik maddeye, anestezinin uygulandığı bölgeye ve kişinin anatomik yapısına göre, 1-4 saat arasında değişiklik gösterir. İşlemin amacı: Yapılacak olan girişimler sırasında işlem yapılacak bölgeyi uyuşturarak ağrıyı engellemek ve dolayısıyla hastanın ağrı hissetmeden tedavilerini yapmaktır. Olası yan etki ve riskler: Hamilelik, herhangi bir sistemik hastalık veya alerjik bir durum varsa muhakkak işlemi yapacak doktorunuza söyleyiniz. Aşırı derecede alkol kullanımı anestezinin etkisini azaltabilir. Korku, heyecan ya da açlığa bağlı olarak gelişen senkop (bayılma) diye adlandırılan geçici bilinç kaybı oluşabilir. Trismus denilen ağız açmada güçlük oluşabilir, bu durum 2-3 hafta içerisinde kendiliğinden düzelir. Anestezi yapılırken ağrı ya da ödem oluşabilir. İğnenin yapıldığı yerde (1 haftaya kadar) ağrı oluşabilir. Anestezi yapılan bölgeye komşu sinirlerin etkilenmesinden dolayı geçici yüz felci, geçici şaşılık, geçici körlük, kas zayıflığı, yutkunma güçlüğü, kulak memesi burun ve dil uyuşukluğu, şişlik veya yüzde renk değişikliği gibi yan etkiler oluşabilir. Bunlar anestezinin etkisi geçince tamamen düzelir. Hasta anestezi bölgeyi kaşır, ısırır, ya da çiğnerse kendi kendine yara oluşturabilir. Anestezi yapılan istenilen uyuşmayı sağlayamayabilir ve bu durumda tekrarlanması gerekebilir. Çok nadir olmakla birlikte vücuttaki tüm doku ve organları etkileyen alerjik reaksiyon görülebilir. İşlemin alternatifi yoktur. Ortalama işlem süresi; 5 dakikadır.

İmplant Yerleştirilmesi

Uygulanacak

Dişsiz boşlukların hepsinin ya da bir kısmının komşu dişlerde madde kaybına neden olmadan kök benzeri titanyum vidalarla restorasyondur. Lokal anestezi altında veya tolere edemeyen ve işlemden kaçınan hastalarda bilinçli sedasyonla yapılabilir. İmplant sonrası protez yapımı için 3-6 ay implantlarla kemik arasında bağ oluşması amacıyla beklenir. Bu süreçte hastaya geçici protezler kullanılır. Geçici protez yapımı içinse 7-10 gün yumuşak dokuların iyileşmesi beklenir. İmplant uygulamalarında lokal anesteziye bağlı ya da rutin cerrahi komplikasyonlar gelişebilir. İmplant uygulaması yapılmadan dişsiz boşluklar başka protetik yöntemlerle de restore edilebilir. İmplant uygulamaları günümüzde yüksek başarı oranları ile uygulansa da nadir de olsa çok erken implant kayıpları gözlenebilir. Bu durumda bölgeye yeni implant uygulaması yapılabilir. İmplant uygulaması ile ilgili ödemeler hastanın yaşamını olumsuz etkileyen endikasyonlar dışında sosyal güvenlik kurumları tarafından desteklenmemektedir. İmplant tedavisine karar verilmesi durumunda operasyon ve implant ile ilgili ücretlerin hasta tarafından karşılanması gerekmektedir. İşlemin alternatifi; uygun endikasyondaki hareketli ve sabit protezlerdir. Ortalama işlem süresi implant sayısı ve implantın yerleştirileceği alana göre farklılık göstermektedir.

Zigoma İmplantı

Uygulanacak

Tam dişsiz çenelerin sabit protezle rehabilitasyonunda kullanılan yöntemdir. Rutin dental implantlarla beraber kullanılabilirdiği gibi 2-4 veya daha fazla zigoma implantı kullanılarak da tedavi gerçekleştirilebilir. Bu işlem genel anestezi altında gerçekleştirilir. İmplantların yerleşim bölgesi hem üst çeneyi hem de zigomatik kemiği içerir. Ayrıca maksiller sinüs içerisinden implant geçebilir veya yakın temasta olabilir. Tüm implant tedavilerinde olduğu gibi zigoma implantlarında kayıp olması muhtemeldir. Ayrıca kısa-uzun süreli sinüs enfeksiyonları ve zigomatik kemiğin olduğu yerde yanak bölgesinde de enfeksiyonlara neden olabileceği gibi, göz, infratemporal bölge gibi yerlere temas halinde geçici veya kalıcı hasarlara neden olabilir. İmplant giderleri hasta tarafından karşılanır. Alternatif tedavi metodu hareketli protez veya kişiye özel subperiosteal kafeslerin kullanımındır.

Sinüs Lifting (Sinüs Tabanının kaldırılması)

Uygulanacak

Sinüsler kafatasındaki mukozayla kaplı hava dolu boşluklardır. Üst çenede yer alan sinüse maksiller sinüs denir. Maksiler sinüs üst çene azı dişleriyle yakın komşuluktur. Bu dişlerin kaybıyla sinüs sarkar, ağız boşluğuna yaklaşır. Dişsiz boşluğa implant gereksinimi olduğunda sinüs cerrahi olarak açılıp mukozası bir miktar itilir, elde edilen boşluğa kemik grefti doldurulup sinüs tekrar eski konumuna getirilmiş olunur. Operasyon sırasında boşluk içinde bulunan yumuşak doku (mukoza) yırtılabilir. Hekiminizin kararına göre işlem ertelenebilir ya da devam edilebilir. İşlem sonrasında nadir de olsa greft ve buna bağlı olarak implant kayıpları görülebilir. Tedavi gerçekleştirilmezse dişsiz boşluk başka protetik yöntemlerle restore edilebilir. İşlemin alternatifi yoktur. Ortalama işlem süresi; 30-60 dakikadır.

Greftleme

Uygulanacak

Greftleme kelime anlamıyla eksik dokuyu telafi etmektir. Yaşa bağlı oluşan kemik erimesi ya da başka sebeplerle çenelerden kemik kaybı olması durumunda, bu bölgelere implant uygulanabilmesi için bölgeye greftleme işlemi yapılması gerekebilir. Kemik dokulara greftleme işlemi için alternatifler mevcuttur. Hastanın uygun bir bölgesinden kendi kemiği alınıp bölgeye yerleştirilebilir. İdeal greft hastanın kendisinden alınan greft olsa da insan veya hayvan kaynaklı kemik ya da sentetik olarak imal edilip çeşitli sterilizasyon yöntemlerine tabi tutulan doku dostu materyaller de tercih edilebilir. Kemik greftleme işleminde bir takım komplikasyonlar mevcuttur. Bunlar: greftin rezorbsiyonu (erime), enfeksiyon, ağrı, şişlik, nekroz (doku ölümü)dur. Hastanın kendisinden alınan kemik grefti sonrası, doku alınan bölgede rutin cerrahi komplikasyonlar gelişebilir. Yumuşak dokulara uygulanan cerrahi işlem sonrası dokulardaki kayıpları telafi etmek, gerginliği azaltmak veya dokuları proteze uygun hale getirmek için hastanın uygun bir bölgesinden ilgili yumuşak dokuyla uyumlu parça alınıp dikişle ve sıkı tamponla sabitlenir. Verici sahada kanama, ağrı, hassasiyet, enfeksiyon alıcı sahada ise ağrı, şişlik, kanama, enfeksiyon, greftin tutmaması, grefte büzülme, kılınma (deri greftlerinde) oluşabilecek komplikasyonlar dahilindedir. İşlemin alternatifi yoktur. Ortalama işlem süresi; 30-60 dakikadır.

ONAY

Yukarıda yazılı ve ağız planında işaretli cerrahi işlemlerde,

Öğretim elemanları denetiminde stajyer diş hekimlerinin yer almasına onay veriyorum. Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, fotoğraflarımın, çıkarılan biyolojik materyalin (diş, doku örneği vb.), tetkik sonuçlarımın (radyografiler, patoloji raporu, laboratuvar sonuçları vb.) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılacağına kabul ediyorum. Yukarıda yazılanları okuduğumu, doktoruma genel durumumla ilgili doğru bilgiler verdiğimi, komplikasyonlar hakkında sözlü ve yazılı aydınlatıldığımı, bunları göz önünde bulundurarak tedaviyi durdurma veya reddetme hakkım olduğunu bilerek doktorum tarafından yapılacak muayene ve tedavileri kabul ediyorum ve onaylıyorum.

(LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA 'Bu Onam Formunu, Okudum ve Anladım' YAZARAK İMZALAYINIZ)

	Adı Soyadı	İmza	Tarih ve Saat
Hasta/Hastanın Yasal Temsilcisi- Yakınlık Derecesi		/...../20..... :
Bilgilendirmeyi Yapan Hekim		/...../20..... :
Tercüman (Kullanılması Halinde)		/...../20..... :

İşlem Yapılacak Bölge:																			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
								85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		